

DAN Europe – Fax +49 (0)431 544288

Aufnahmeantrag – Zahlung per Kreditkarte



Nur bei Erneuerung - **DAN Europe Nr. #** _____ (die ersten 6 Ziffern der Nummer auf der DAN Mitgliedskarte)

Persönliche Daten der/s Antragstellerin/s:

Name, Vorname _____ M_ W _____
 Geschlecht Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)

Anschrift _____ Geburtsort _____

PLZ, Stadt _____ Land _____

Telefon _____ Mobil _____ Fax _____ Email _____

- Aufnahme/Erneuerung als:** DAN **Basic** Mitglied (€ 68) DAN **Master** Mitglied (€ 139)
 DAN **Super** Mitglied (€ 195) DAN **Basic Professional** Mitglied (€ 135)
 DAN **Master Professional** Mitglied (€ 193) DAN **Super Professional** Mitglied (€ 250)

- Ich beantrage zusätzlich zu einer oben gewählten **DAN Professional Mitgliedschaft** die **erhöhte Haftpflicht-/Rechtsschutz-Versicherungsdeckung**, die z.B. von PADI Europe für den "active teaching status" gefordert wird. (€ 27)
 Bitte bestätigen Sie meinen Versicherungsplan folgender Tauchausbildungsorganisation:
 _____ Meine DM/AI/TL-Nr.: _____

Family-Support bei Tod infolge eines Tauchunfalls (Tauchen mit Luft oder Nitrox):

- Option A (€ 40)** Einmalige Zahlung von € 50.000 nach dem Tod des DAN Mitgliedes an die Begünstigten.
 Option B (€ 75) Sofortige Auszahlung von € 50.000 nach dem Tod des DAN Mitgliedes und 10 Jahre lang € 6.000 pro Jahr an die Begünstigten.

Sie können als DAN Mitglied für Ihre nicht tauchenden Familienangehörigen alle Travel Assist Leistungen erhalten.
Anmerkung: Für tauchende Familienmitglieder ist unbedingt eine individuelle DAN Mitgliedschaft ratsam!
 Die DAN Family Mitgliedschaft deckt **keine** Tauchunfälle ab!

- Ich beantrage zusätzlich **Familienmitgliedschaft** (insgesamt € 20) nach dem DAN Family Assistance Plan für die folgenden Personen:

1. Family Mitglied – Name, Vorname _____ Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)

2. Family Mitglied – Name, Vorname _____ Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)

3. Family Mitglied – Name, Vorname _____ Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)

Sponsor Nr. _____

Ort, Datum _____

Unterschrift des Antragstellers _____

Ich ermächtige DAN Europe zur Abbuchung des Beitrages über meine Kreditkarte:

VISA MasterCard American Express Gültig bis: /

Kreditkarten-Nummer: ... KPN:

Name auf der Kreditkarte _____ Datum _____ Unterschrift des Karteninhabers _____